

# ANAMNESEBOGEN

( Fragebogen zu persönlichen Daten,  
Gesundheitszustand und Krankengeschichte )



Name

Vorname

Straße

Haus-Nr.

PLZ + Ort

Geburtsdatum

Telefon 1 📞

Telefon 2 📞

eMail

Beruf

Private Krankenversicherung

Postbeamte ( PostB )

Beihilfe NRW

Privat Basistarif

Beihilfe Bund

Privat Studententarif

Bahnbeamte ( KVB )

Selbstzahler / Gesetzlich Versicherte

Hausarzt:

**Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente,  
Pflanzen, Latex oder sonstige Stoffe?**

nein

ja, gegen:

**Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ?**

( ASS 100, Aspirin, Plavix, Iscover, Clopidogrel, Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Brillique )

nein

ja,

**Haben Sie im Rahmen einer ärztlichen Behandlung bereits einmal folgende  
Medikamente bekommen ?**

Lokalanästhetika

Kontrastmittel ( Röntgen/ MRT )

nein  ja

nein  ja



### Leiden Sie an folgenden Erkrankungen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                             | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz                                      |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                                 | <input type="checkbox"/> chron. Bronchitis /Asthma                               |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen<br>des Herzens ( KHK ) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen <b>über-</b> oder<br><b>unter</b> funktion |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung /<br>Vorhofflimmern       | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten                                   |
| <input type="checkbox"/> ich bin gesund.                               |  |
| <input type="checkbox"/> ich leide an anderen Erkrankungen:            |  |
- 

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein                       ja, und zwar:
- 
- 
- 

### Sind Sie schonmal operiert worden ?

- nein                       ja, und zwar:
- 
- 

### Ich habe Schmerzen / Probleme in folgenden Bereichen:

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nacken / HWS         | <input type="checkbox"/> Schulter / Oberarm    | <input type="checkbox"/> Sprunggelenk |
| <input type="checkbox"/> BWS/ oberer Rücken   | <input type="checkbox"/> Ellenbogen / Unterarm | <input type="checkbox"/> Fuß / Zehen  |
| <input type="checkbox"/> LWS / unterer Rücken | <input type="checkbox"/> Hand/ Handgelenk      | <input type="checkbox"/> Rheuma       |
| <input type="checkbox"/> Hüfte / Oberschenkel | <input type="checkbox"/> Kniegelenk            | <input type="checkbox"/> _____        |



**Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Bei Änderungen meiner Medikation oder dem Auftreten neuer Erkrankungen werde ich das Praxisteam umgehend informieren.**

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Ich versichere, die Informationen zum Datenschutz nach Datenschutzgrundverordnung ( DSGVO ) hinsichtlich der Verarbeitung und Speicherung meiner persönlichen Daten als Anhang 1 dieses Bogens ausgehändigt bekommen zu haben und stimme der hier beschriebenen Verwendung meiner Daten zu.**

---

Ort, Datum

Unterschrift

- Ich bin mit der telefonischen Kontaktaufnahme durch Dr. Duif oder seinen Mitarbeitern nach therapeutischen Maßnahmen zur Information über mein Befinden, evtl. erforderlichen Folgeterminen und zur Beurteilung des Therapieansprechens einverstanden ( „Recall“ ).**
- Ich bin mit der Zusendung von eMails mit allgemeinen Informationen zur Praxis ( z.B. Praxisurlaub, Informationsveranstaltungen etc. ) an die o.g. eMail Adresse einverstanden.**

---

Ort, Datum

Unterschrift